

Holländer, Antje; Hebborn-Brass, Ursula

**Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines
heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse
einer mehrdimensionalen diagnostischen Klassifikation**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 6, S. 212-220



Quellenangabe/ Reference:

Holländer, Antje; Hebborn-Brass, Ursula: Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines
heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen
diagnostischen Klassifikation - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 37 (1988) 6, S.
212-220 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-27025 - DOI: 10.25656/01:2702

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-27025>

<https://doi.org/10.25656/01:2702>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht

V&R

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

Schriftleitung: Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel
Redaktion: Günter Presting

37. Jahrgang / 1988

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

Development of Deaf Children. In: *Hetherington, E. M.* (Ed.): Review of Child Development Research, Vol. 5. Chicago: The University of Chicago Press. – *Meadow, K. P., Trybus, R. J.* (1979): Behavioral and emotional Problems of deaf Children: An Overview, Hearing and Hearing Impairment. In: *Bradford, L.* (ed.), New York: Grune and Stratton. – *Meichenbaum, D., Goodman, J.* (1971): Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control, *J. Abnormal Child Psychol.*, 77, 115–126. – *Meyerson, L.* (1971): A Psychology of Impaired Hearing. In: *Cruikshank, W. M.* (Ed.): Psychology of Exceptional Children and Youth. New York: Prentice Hall. – *Minkin, M.* (1979): Personal communication, Nov. 1979. – *Moores, D. F.* (1978): Current Research and Theory with the Deaf. Educational Implications. In: *Liben, L. S.* (Ed.): Deaf Children: Developmental Perspectives. London: Academic Press in cooperation. – *Moores, D. F., Weiss, K. L.* (1973): Evaluation of programs for hearing impaired children. Univ. of Minnesota Press. – *Obholzer, J.* (1983): Möglichkeiten und Grenzen des psychologischen Arbeitens an Hörsprachbehinderten-Einrichtungen. In: *Bölling-Bechinger, H. & May, B.* (Hrsg.): Hörgeschädigtenpädagogik Beiheft 11, Psychologische Hilfen für Hörgeschädigte, Heidelberg: Groos. – *Prillwitz, S.* (1982): Zum Zusammenhang von Kognition, Kommunikation und Sprache mit Bezug auf die Gehörlosenproblematik. Stuttgart: Kohlhammer. – *Schlesinger, H. S., Meadow, K. P.* (1971): Deafness and Mental Health: a developmental approach. In: *Multilith* (Ed.): San Francisco: Langley Porter Neuropsychiatric Institute. – *Schlesinger, H. S.* (1978):

The Effects of Deafness on Childhood Development: An Eriksonian Perspective. In: *Liben, L. S.* (Ed.): Deaf Children: Developmental Perspectives. New York: Academic Press Inc. – *Schlesinger, H. S., Meadow, K. P.* (1972): Sound and Signs: Childhood deafness and mental health. Univ. of California Press: Berkeley. – *Seifert, K.-H.* (1982): Soziologische Aspekte der Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit. In: *Jussen, H., Kröhnert, O.* (Hrsg.): Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 3, Päd. der Gehörlosen u. Schwerhörigen. Berlin: Marhold. – *Stein, Y. K.* (1979): Counseling Parents of Hearing Impaired Children: A Psychotherapeutic Model. In: *Bradford, L. J.* (Ed.): Hearing and Hearing Impairment. New York: Grune & Stratton. – *Vernon, M.* (1969): Sociological and psychological factors associated with hearing loss. *J. Speech and Hearing Research*, 12, 541–563. – *Vernon, M.* (1969): Multiply handicapped deaf children: Medical, educational and psychological considerations, Washington D.C.: Council for Exceptional Children. – *Warnke, A.* (1986): Gesprächsführung in der therapeutischen Arbeit mit Eltern behinderter Kinder, Seminar, Bonn, Juli 1986, persönliche Mitteilung.

Anschr. d. Verf.: PD Dr. Emil Kammerer, Psychosomatische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Münster, Robert-Koch-Straße 31, 4400 Münster

Dipl.-Psych. Manuela Hütsch, Westfälische Schule für Schwerhörige, Westfälische Schule für Gehörlose, Bröderichweg, 4400 Münster.

Jugendhilfe

Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims: Erste Ergebnisse einer mehrdimensionalen diagnostischen Klassifikation

Von Antje Holländer und Ursula Hebborn-Brass

Zusammenfassung

Im Rahmen einer längsschnittlichen Evaluationsstudie zum Behandlungserfolg eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Kinderheims wurden die bei Aufnahme bestehenden Entwicklungs- und Verhaltensstörungen der Kinder anhand des Multiaxialen Klassifikationsschemas für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (MAS) diagnostiziert. In dem vorliegenden Bericht sind erste Ergebnisse dieser diagnostischen Ausgangserhebung dargestellt. Sie basieren auf einer Stichprobe von 255 Kindern, davon 74 % Jungen, im Alter zwischen etwa 6 bis 13 Jahren. Die diagnostische Analyse ergibt das Bild einer Klientel, die bei überwiegend durchschnittlicher Intelligenz durch einen hohen Anteil expansiver Störungen (fast 50 %) und häufiges Vorkommen von partiellen Entwicklungsrückständen (mindestens

40 %) charakterisiert ist. Im Hinblick auf belastende Lebens- und Entwicklungsbedingungen dominieren zerbrochene Familien, psychische Störungen anderer Familienmitglieder und unwirksame erzieherische Kontrolle. Weitere Befunde legen die spekulative Vermutung nahe, daß eine minimale zerebrale Dysfunktion das Risiko sowohl einer autistischen als auch einer hyperkinetischen Entwicklungsstörung erhöht.

1 Problemstellung

Es werden viele verschiedene Formen der Jugendhilfe angeboten, angefangen bei ambulanten Beratungen und Therapien, Einrichtung einer Erziehungsbeistandschaft oder Pflegschaft, über teilstationäre Betreuungshilfen in Kindergärten und Tagesstätten für Schul- und Vorschul-

kinder bis hin zu vollstationären Behandlungen in Heimen, die sich wiederum in ihrer Struktur sowie in der Art und Breite ihres Hilfsangebots unterscheiden. Über die verschiedenen Klientel oder mögliche Klientelveränderungen ist allerdings kaum etwas bekannt (vgl. *Hebborn-Brass & Rickert*, 1987). Noch weniger gibt es systematische Erkenntnisse darüber, welche Form der Jugendhilfe unter welchen Bedingungen relativ am erfolgversprechendsten ist. Bei dieser Entscheidung sind alle Mitwirkenden daher fast ausschließlich auf persönliche Eindrücke, Meinungen und Erfahrungen angewiesen.

Klinische Forschung könnte wichtige Entscheidungshilfen für die Praxis bereitstellen, indem sie Untersuchungen zur Effektivität der heute angebotenen Jugendhilfemaßnahmen im Hinblick auf die verschiedenen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen von Kindern und Jugendlichen in Angriff nimmt. Einen Beitrag zu dieser Problemstellung soll das Forschungsprojekt „Evaluation und Vorhersage des Behandlungserfolgs bei psychisch gestörten Kindern und Jugendlichen eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Heims“¹ liefern, das, anders als die Studie von *Jungjohann & Beck* (1984), multivariate Zugänge wählt.

Um der Frage nach Behandlungserfolgen des Heims nachgehen zu können, muß zunächst allerdings eine möglichst umfassende, differenzierte deskriptive Analyse der kindlichen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, die zur Aufnahme geführt haben, erfolgen. Über erste Ergebnisse dieser Analyse soll der vorliegende Bericht informieren.

2 Methodik

Die Stichprobe, auf die sich die im folgenden mitgeteilten Ergebnisse beziehen, umfaßt 255 Kinder. Dies sind alle Kinder, die seit Gründung des Kinderdorfs 1968 bis Herbst 1984 in dem Heim aufgenommen worden sind. Das Aufnahmealter variiert zwischen 57 und 162 Monaten, bei einem mittleren Aufnahmealter von etwa 9 Jahren. Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen beträgt 74 % zu 26 %, also fast 3 : 1.

Als Diagnoseinstrument, das eine mehrdimensionale Erfassung der individuellen Entwicklungs- und Verhaltensprobleme erlaubt, wurde das „Multiaxiale Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“ nach *Rutter, Shaffer und Sturge* (deutsche Bearbeitung von *Remschmidt, Schmidt & Klicpera*, 1977) eingesetzt. Dieses Diagnoseschema stellt eine Weiterentwicklung der 9. Revision des „International Classification of Diseases“-Systems (ICD) dar und umfaßt fünf verschiedene Dimensionen bzw. „Achsen“. Achse I dient der diagnostischen Klassifikation des aktuellen klinisch-psychiatrischen Syndroms. Achse II erfaßt

etwaige partielle Rückstände in speziellen Entwicklungs- und Leistungsbereichen, Achse III das Intelligenzniveau. Achse IV betrifft die körperliche Symptomatik und Achse V belastende Lebens- und Entwicklungsbedingungen in der aktuellen Umwelt des Kindes². Das Multiaxiale Klassifikationssystem (MAS) wurde als vorwiegend deskriptives, ätiologiegebundenes Kategorienschema konzipiert. Es hat inzwischen in Kliniken, auch im deutschen Sprachraum, eine relativ weite Verbreitung gefunden. Im Heimbereich wird es unseres Wissens dagegen erstmals im Rahmen unserer Untersuchung eingesetzt und erprobt.

3 Durchführung der diagnostischen Klassifikationen

Die Diagnosen auf den verschiedenen MAS-Achsen basieren generell jeweils auf dem Konsens von zwei klinischen Experten. Nur die Diagnose auf Achse IV wurde von einem einzelnen Arzt (aufgrund der von ihm durchgeführten Aufnahmeuntersuchung) erstellt. Zur Beurteilung von etwaigen partiellen Entwicklungsrückständen (Achse II) und zur Intelligenzeinschätzung (Achse III) wurden entsprechende Testergebnisse hinzugezogen. Ein partieller Entwicklungsrückstand wurde allgemein dann diagnostiziert, wenn die Testleistungen eines Kindes in einem speziellen, abgegrenzten Bereich auffällig (d. h. um wenigstens eine Standardabweichung) von seiner allgemeinen, wenigstens im Durchschnittsbereich liegenden Intelligenz abfallen. Eine Ausnahme bildete nur die Diagnose eines motorischen Entwicklungsrückstandes, die sich allein an extrem geringen Leistungen im motorischen Bereich orientierte; ein unterdurchschnittliches Intelligenzniveau stellte hier kein Ausschlusskriterium dar. Im Gegensatz zu partiellen Rückständen, die überwiegend erst im Kinderdorf auffielen und untersucht wurden, war das allgemeine Intelligenzniveau der Kinder generell schon vor der Aufnahme geprüft worden. In etwa 70 % aller bekannten Fälle war der HAWIK (fast ausschließlich in der alten Fassung) eingesetzt worden, bei ungefähr 7 % sog. sprachfreie Verfahren wie vor allem der CPM von *Raven* und bei etwa 18 % mehrere Testverfahren. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung haben wir zwei verschiedene Variablen zur Erfassung des Intelligenzniveaus gebildet. Die erste Variable gibt das klinische Gesamturteil wieder, das auf (1) Testergebnissen, (2) einer kritischen Würdigung der zugrundeliegenden Testverfahren und (3) dem sog. „klinischen Eindruck“ beruht, wobei letzterer vor allem bei widersprüchlichen oder bei fehlenden Testergebnissen maßgeblich

² Zu Achse V haben wir ad hoc eine differenziertere Version erstellt und angewendet. Außerdem haben wir zusätzlich auch psychosoziale Belastungen in der früheren Lebensgeschichte des Kindes erfaßt. Die entsprechenden Ergebnisse werden in einem gesonderten Bericht mitgeteilt. Die in diesem Beitrag dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf die Originalversion von Achse V.

¹ Das Forschungsprojekt wird durch die Stiftung Deutsche Jugendmarke gefördert.

werden konnte. Die zweite Variable gibt eine rein psychometrische Einschätzung aufgrund der ermittelten Intelligenzquotienten wieder.

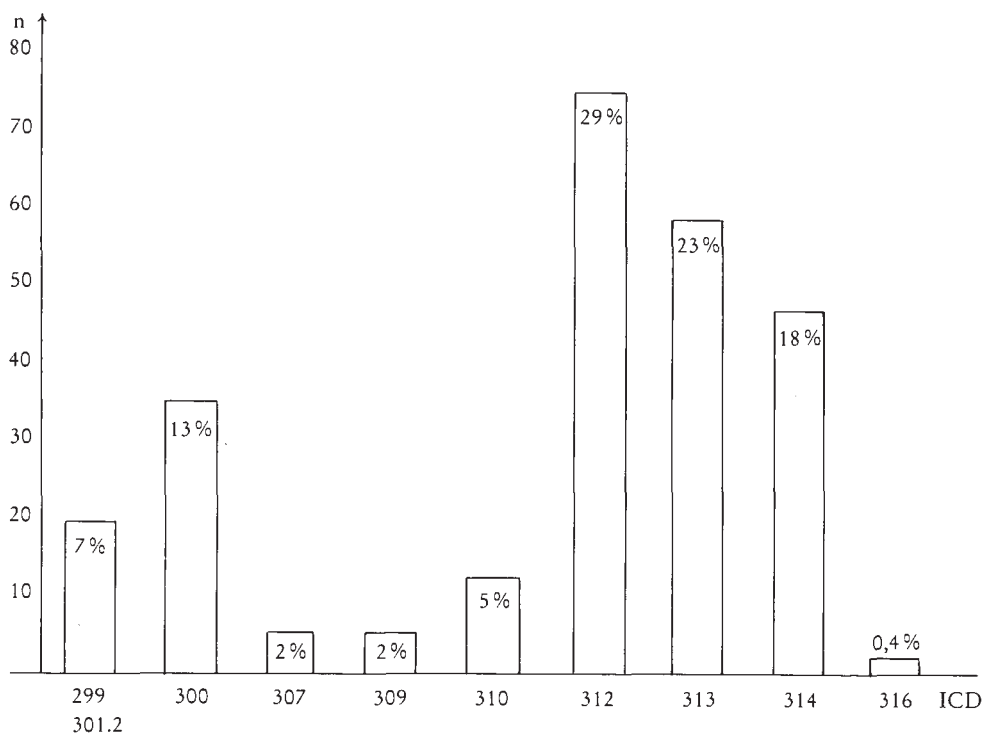
4 Ergebnisse

4.1 Klinisch-psychiatrisches Syndrom

Zunächst sei auf die Befunde bezüglich der Diagnosen auf MAS-Achse I, die das klinisch-psychiatrische Syndrom betreffen, eingegangen. Die (absolute und relative) Häufigkeitsverteilung der Diagnosen über die gewählten ICD-Kategorien ist in Abb. 1 dargestellt.

Es zeigt sich, daß knapp 30% der Diagnosen auf die Kategorie ‚nicht anderweitig klassifizierbare Störungen

des Sozialverhaltens‘ (29%) entfallen. Diese Störungen sind vor allem durch aggressiv-destruktive, dissoziale Verhaltensweisen definiert, die über längere Zeit hinweg auftreten, die aber noch nicht so gefestigt erscheinen, daß sie die Diagnose einer psychopathischen Persönlichkeitsstörung rechtfertigen würden. Die nächsthäufigen Diagnosen sind ‚spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters‘ (23%) und hyperkinetische Syndrome (18%). Neurotische Störungen wurden insgesamt in 13% aller Fälle diagnostiziert. Autistische Syndrome bilden 7% aller Diagnosen, wobei etwa $\frac{2}{3}$ davon auf das nicht-psychotische Syndrom nach *Asperger*, $\frac{1}{3}$ auf psychotische Formen entfallen. Die restlichen Diagnosen verteilen sich auf ‚spezifische nichtpsychotische psychische Störungen nach Hirnschädigungen‘ (5%), Anpassungsreaktionen (2%), monosymptomatische Störungen (2%) und psychosomatische Störungen (0,4%).



ICD	Störungen	n
299, 301.2	Autistische Syndrome	19
300	Neurosen	34
307	Monosymptomatische Störungen	4
309	Anpassungsreaktionen	4
310	Spezifische Störungen nach Hirnschädigungen	12
312	Störungen des Sozialverhaltens	75
313	Emotionale Störungen	59
314	Hyperkinetische Syndrome	47
316	Psychogene körperliche Erkrankungen	1

Abb. 1: Verteilung der Störungen (nach MAS-Achse I)

4.2 Umschriebene Entwicklungsrückstände

Die diagnostischen Befunde zu partiellen Entwicklungs- und Leistungsrückständen sind in Tab.1 zusammengefaßt.

Tab. 1: Partielle Entwicklungs- und Leistungsrückstände (MAS-Achse II)

Art des Defizits	n	%
Kein spezifischer Entwicklungsrückstand	135	60
Lese-Rechtschreibschwäche	43	17
Rechenschwäche	1	0.4
Andere umschriebene Lernschwächen	7	3
Rückstand in Sprech- und Sprachentwicklung	7	3
Rückstand in motorischer Entwicklung	21	8
Multiple Entwicklungsrückstände	23	9

Den Diagnosen auf Achse II zufolge weisen 40% der untersuchten Kinder irgendwelche Teilleistungsschwächen oder Verzögerungen in speziellen Entwicklungsbereichen auf. Das relativ am häufigsten diagnostizierte Defizit ist eine umschriebene Lese-Rechtschreibschwäche bei mindestens durchschnittlicher Intelligenz. Sie wurde etwa jedem sechsten Kind der Untersuchungstichprobe zuerkannt. Bei 8% der Kinder wurde ein Rückstand in der motorischen Entwicklung diagnostiziert und bei jeweils 3% Rückstände in der Sprech- und Sprachentwicklung bzw. 'andere umschriebene Lernschwächen', d.h. in dieser Untersuchung vor allem Verzögerungen in der Wahrnehmungsentwicklung. In einem einzelnen Fall wurde eine spezifische Rechenschwäche festgestellt. Multiple Entwicklungsrückstände schließlich wurden bei 12% der Kinder diagnostiziert.

Im Hinblick auf die Diagnose eines motorischen Entwicklungsrückstands muß besonders darauf hingewiesen werden, daß hier nicht alle entsprechenden Diagnosen erfaßt sind. Soweit ein motorischer Entwicklungsrückstand nämlich als Ausdruck einer leichten Hirnfunktionsstörung angesehen wurde, erfolgte seine Kodierung nur indirekt über die Diagnose dieser zentralnervösen Störung auf der 4. Achse der körperlichen Symptomatik. Auf der hier besprochenen 2. Achse wurde er in solchen Fällen nicht zusätzlich angegeben. Dies bedeutet, daß der Gesamtanteil der Kinder, bei denen ein partieller Entwicklungsrückstand diagnostiziert wurde, den hier ermittelten Prozentsatz von 40% sogar noch übersteigt.

4.3 Intelligenzniveau

Die Häufigkeitsverteilungen der Intelligenzdiagnosen, die zum einen aufgrund des klinischen Gesamturteils, zum anderen aufgrund der rein psychometrischen Einschätzung erhalten wurden, sind in Abb.2 wiedergegeben. Um die Stichprobenverteilungen dieser alternativen Intelligenzdiagnosen nicht nur untereinander, sondern auch mit der theoretischen Intelligenzverteilung in der Gesamtbevölkerung vergleichen zu können, werden in

Abb.2 ebenfalls die entsprechenden Häufigkeiten, wie sie in der Population zu erwarten sind, mit dargestellt.

Es zeigt sich, daß die beiden Stichprobenverteilungen, die aufgrund der alternativen Intelligenzdiagnosen erhalten wurden, in fast völliger Übereinstimmung miteinander, aber auch in weitgehender Übereinstimmung mit den Populationsverhältnissen, ungefähr 70% der Kinder als durchschnittlich intelligent ausweisen. Im Hinblick auf das Vorkommen von unter- und überdurchschnittlicher Intelligenz in der Heimstichprobe kommen die alternativen Schätzurteile allerdings zu gegensätzlichen Ergebnissen. Der rein psychometrischen Einschätzung zufolge sind in der Kinderdorfstichprobe überdurchschnittlich intelligente Kinder mit 24% tendenziell überrepräsentiert, unterdurchschnittlich intelligente mit nur 4% entsprechend zu schwach repräsentiert. Dem klinischen Gesamturteil zufolge sind in der Stichprobe dagegen umgekehrt unterdurchschnittlich intelligente Kinder mit 20% etwas stärker vertreten als in der Gesamtbevölkerung, überdurchschnittlich intelligente mit 8-9% etwas schwächer.

Das Ergebnisbild, das die rein psychometrische Einschätzung liefert, erscheint ausgesprochen unrealistisch. Die Intelligenzquotienten stellen offensichtlich in vielen Fällen eine Überschätzung des vorhandenen intellektuellen Potentials dar. Die Ursache hierfür ist in erster Linie in der bekannten Veraltung von Testnormen, hier vor allem der alten HAWIK-Normen zu suchen. Da Überschätzungen des Intelligenzniveaus Anlaß zu gravierenden Fehlentscheidungen geben können, kann nach den vorliegenden Vergleichsergebnissen nur dringend davor gewarnt werden, das Intelligenzniveau unmittelbar aus einem gegebenen IQ-Wert zu erschließen, ohne dabei mögliche Einschränkungen der Normgültigkeit in Rechnung zu stellen.

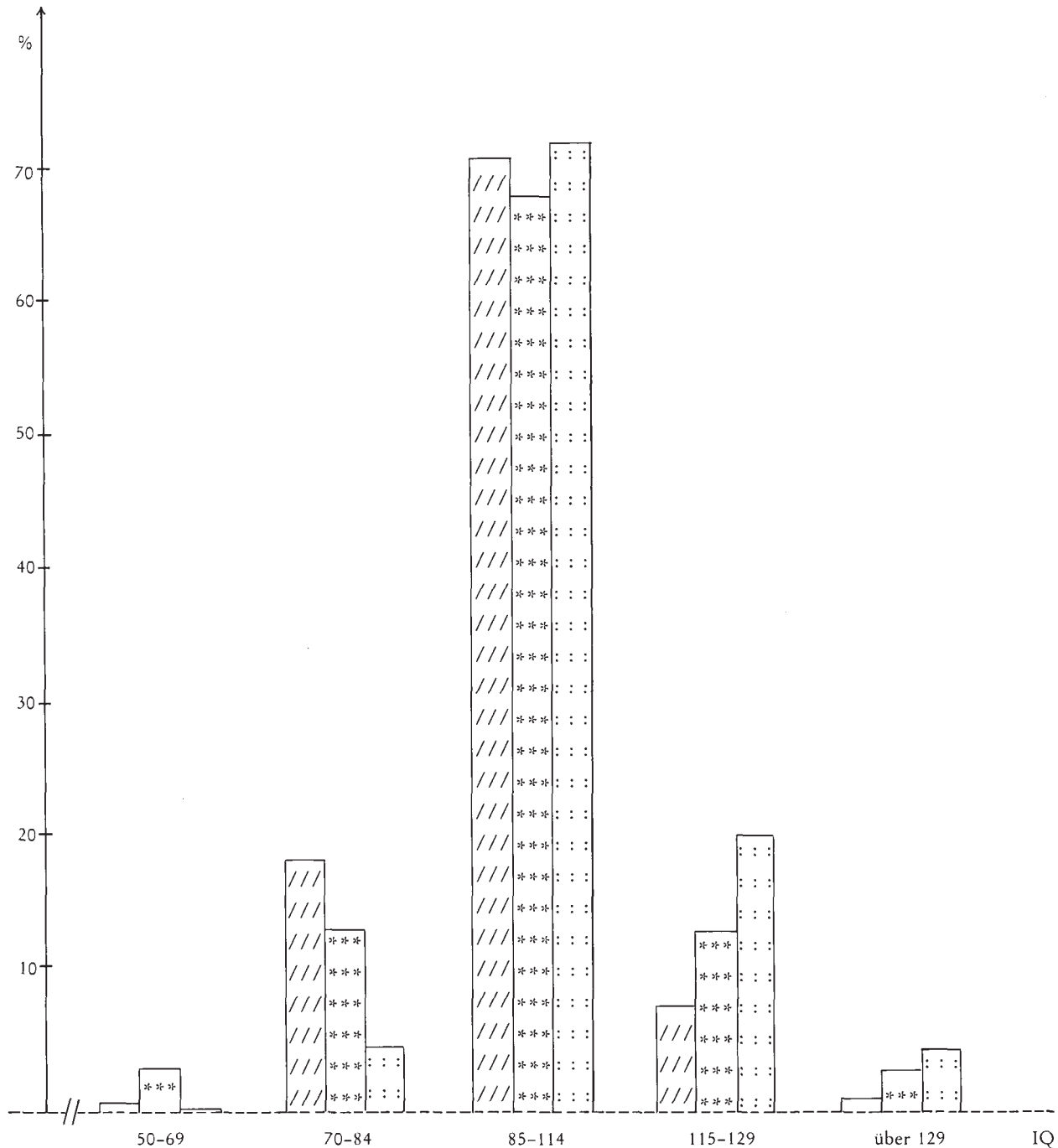
4.4 Minimale zerebrale Dysfunktion

Im Hinblick auf die körperliche Begleitsymptomatik, die durch Achse IV erfaßt wurde, sei hier nur die Diagnose einer minimalen zerebralen Dysfunktion (MCD) berücksichtigt. Sie stützte sich auf folgende vier Indikatoren: (1) Auffälligkeiten im Elektroenzephalogramm, (2) Störungen sog. 'hirnnaher' Leistungen in der neurologischen Untersuchung, (3) perinatale Komplikationen und/oder (4) motorische Entwicklungsrückstände. Nach diesen Kriterien wurde bei 33% der untersuchten Kinder eine leichte Hirnfunktionsstörung angenommen.

Bei diesem relativ hohen Anteil erscheint es lohnend, der Frage nach etwaigen Zusammenhängen zwischen der Diagnose einer MCD und der klinisch-psychiatrischen Syndrom-Diagnose nachzugehen (vgl. hierzu *Klicpera & Heyse*, 1981). Im folgenden soll daher die Verteilung der Diagnosen auf Achse I differenziert für Kinder mit und ohne diagnostizierte Hirnfunktionsstörungen betrachtet werden. Eine Gegenüberstellung der Syndrom-Verteilungen in den beiden Teilstichproben liefert Abb.3.

Die Verteilung der klinisch-psychiatrischen Syndrome in der MCD-Gruppe weist offensichtlich etwas andere

Schwerpunkte auf als die Verteilung, die sich für die Non-MCD-Gruppe ergibt. In der letztgenannten Teilstichprobe konzentrieren sich die Diagnosen vor allem auf die Kategorien ‚Störungen des Sozialverhaltens‘ (33%), ‚spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters‘ (26%) und ‚neurotische Störungen‘ (17%). Insgesamt sind es ungefähr 3/4 aller Diagnosen, die auf diese drei Kategorien entfallen. In der MCD-Gruppe stellen diese Störungsformen dagegen weniger als die Hälfte der Diagnosen dar. Die relativ häufigste Diagnose in der MCD-Gruppe beinhaltet hyperkinetische Syndrome (26%), die in der Non-MCD-Gruppe mit

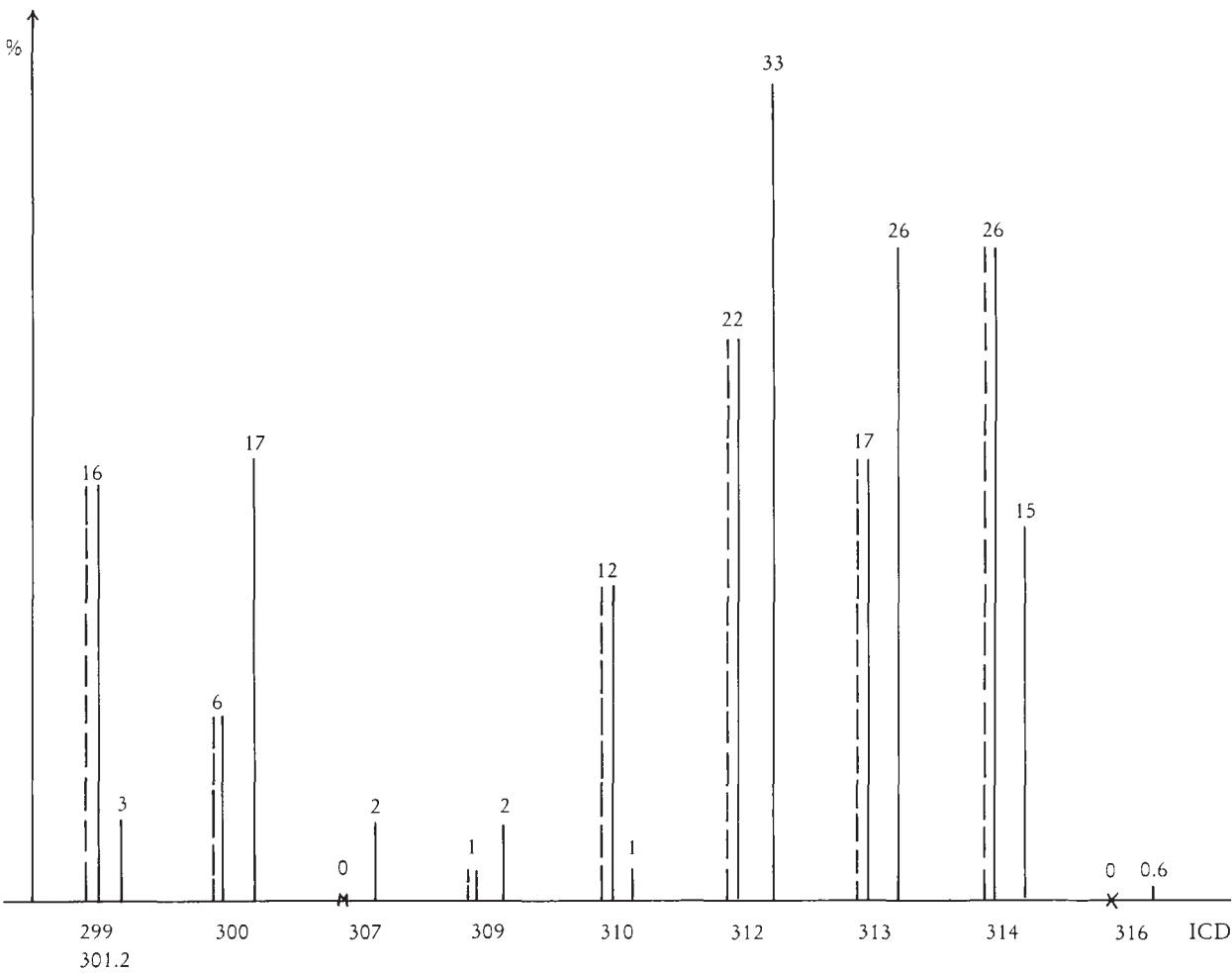


Anmerkung: Die ermittelten Prozentanteile nach dem klinischen Gesamturteil beziehen sich auf die gesamte Stichprobe (N = 255), die entsprechenden Anteile nach der psychometrischen Einschätzung auf die bekannten Fälle (N = 225).
Es bedeuten: /// = klinische, ::: = psychometrische, *** = theoretische Werte.

Abb. 2: Verteilungen der Intelligenz nach klinischem Gesamturteil und nach psychometrischer Einschätzung im Vergleich mit der theoretischen Populationsverteilung
Vandenhoeck&Ruprecht (1988)

15% nur den vierten Rangplatz der Diagnosehäufigkeiten belegen. Die beiden anderen Störungen, die in der MCD-Teilstichprobe ebenfalls relativ häufiger als in der Non-MCD-Gruppe diagnostiziert wurden, sind ‚autistische Syndrome‘ und – ein eher triviales Ergebnis – ‚spezifische psychische Störungen nach Hirnschädigungen‘. Im Hinblick auf autistische Syndrome erscheint dabei besonders erwähnenswert, daß alle fünf Fälle, in denen eine psychotische Autismusform diagnostiziert wurde, gleichzeitig durch eine MCD-Diagnose charakterisiert sind.

fische psychische Störungen nach Hirnschädigungen‘. Im Hinblick auf autistische Syndrome erscheint dabei besonders erwähnenswert, daß alle fünf Fälle, in denen eine psychotische Autismusform diagnostiziert wurde, gleichzeitig durch eine MCD-Diagnose charakterisiert sind.



--- MCD
— Non-MCD

ICD	Störungen
299, 301.2	Autistische Syndrome
300	Neurosen
307	Monosymptomatische Störungen
309	Anpassungsreaktionen
310	Spezifische Störungen nach Hirnschädigungen
312	Störungen des Sozialverhaltens
313	Emotionale Störungen
314	Hyperkinetische Syndrome
316	Psychogene körperliche Erkrankungen

Anmerkungen: Die Prozentangaben beziehen sich auf das jeweilige N der betreffenden Vergleichsgruppe; N(MCD) = 83, N(Non-MCD) = 172.

Abb. 3: Vergleich der Störungen (nach MAS-Achse I) bei MCD- und Non-MCD-Diagnose
Vandenhoeck&Ruprecht (1988)

4.5 Belastende Entwicklungs- und Lebensbedingungen

Als Risikofaktoren geltende psychosoziale Belastungen werden in der Literatur vielfach beschrieben (z.B. *Steinhausen*, 1984; *Voll et al.*, 1982; *Bach*, 1980). Bei maximal drei erlaubten Nennungen wurden bei dieser Stichprobe nur in etwa 1 % aller Fälle keine belastenden Entwicklungs- und Lebensbedingungen identifiziert. Bei 15 % der Diagnosen sind eine, bei gut einem Drittel zwei und bei fast der Hälfte der Diagnosen drei Belastungskategorien angegeben. Über die Art der genannten belastenden Umstände gibt Tab.2 Aufschluß.

Relativ am häufigsten wurde die Kategorie ‚abnorme familiäre Verhältnisse‘ genannt (47 % aller Falldiagnosen). Diese Kategorie umfaßt sowohl unvollständige Familien und Pflegefamilien als auch außerfamiliäre Lebenssituationen in Heim oder Klinik. Fast jedes zweite Kind der Untersuchungsstichprobe lebte also vor der Aufnahme im Kinderdorf bei einem alleinerziehenden Elternteil, in einem anderen Heim bzw. in einer Klinik oder in einer Pflegefamilie. Die nächsthäufigen Belastungen sind ‚psychische Störungen anderer Familienmitglieder‘ (40 %), ‚Disharmonien in der Familie‘ (36 %) und ‚unzureichende oder inkonsistente elterliche Kontrolle‘ (34 %). Relativ oft wurden weiterhin noch ‚Mangel an emotionaler Wärme in den intrafamiliären Beziehungen‘ (28 %) und ‚übermäßig ausgeprägte oder abnorme familiäre Beziehungen‘ (20 %) angegeben. Die letztgenannte Kategorie umfaßt in dieser Untersuchung vor allem infantilisierende Überbehütung und ebenso entwicklungsunangemessene Überforderung, daneben aber auch Mißhandlungen und (vereinzelt) sexuellen Mißbrauch durch ein Mitglied der Familie.

In jeweils weniger als 10 % der Diagnosen wurden schließlich noch folgende Kategorien angegeben: ‚unzu-

reichende oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation‘ (8 %), ‚Belastungen oder Störungen in der Schule‘ (6 %), ‚andere psychosoziale Belastungen in der Familie‘ wie vor allem körperliche Krankheit bzw. Behinderung eines Familienmitgliedes und Trennung von einem Elternteil durch Ehescheidung oder Tod (5 %), ‚unzureichende Anregung im sozialen, sprachlichen oder Wahrnehmungsbereich‘ (4 %), ‚unzureichende Lebensbedingungen‘ (1 %) sowie ‚Verfolgung oder Diskriminierung‘ und ‚andere abnorme psychosoziale Umstände‘, hier: drohende Auflösung eines langjährigen Pflegeverhältnisses (jeweils 1 Diagnose).

5 Diskussion

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, daß das Spektrum der kindlichen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, bei denen eine heilpädagogisch-psychotherapeutische Heimbehandlung angezeigt erscheint, sehr breit ist. Es umfaßt fast alle Störungen, die auch in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik gesehen werden (vgl. *Jungmann, Göbel & Remschmidt*, 1978). Im Vergleich mit der Klinikstichprobe, die *Jungmann* und Mitarbeiter untersucht haben, wurden expansive Störungen, also Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Syndrome, in der Kinderdorfstichprobe allerdings erheblich häufiger diagnostiziert (insgesamt 47 % gegenüber ca. 25 %), Neurosen, emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters, Anpassungsreaktionen, akute Belastungsreaktionen und monosymptomatische Störungen dagegen deutlich seltener (insgesamt 40 % gegenüber ca. 50 %). Diese Verteilungsunterschiede weisen darauf hin, daß eine heilpädagogisch-psychotherapeutische Heimbe-

Tab. 2: Art der belastenden Entwicklungs- und Lebensbedingungen (MAS-Achse V)

Kategorien nach Achse V	n	%
Keine bedeutsamen abnormen psychosozialen Umstände	3	1
Psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern	102	40
Disharmonien in der Familie	92	36
Mangel an emotionaler Wärme in den intrafamiliären Beziehungen	72	28
Übermäßig ausgeprägte oder abnorme familiäre Beziehungen	52	20
Unzureichende oder inkonsistente elterliche Kontrolle	87	34
Unzureichende Anregung im sozialen, sprachlichen oder Wahrnehmungsbereich	9	4
Unzureichende Lebensbedingungen	2	1
Unzureichende oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	20	8
Abnorme familiäre Verhältnisse	119	47
Belastungen oder Störungen in der Schule oder am Arbeitsplatz	15	6
Auswanderung oder soziale Verpflanzung	–	–
Naturkatastrophen	–	–
Andere psychosoziale Belastungen in der Familie	13	5
Andere psychosoziale Belastungen außerhalb der Familie	–	–
Verfolgung oder Diskriminierung	1	0.4
Andere psychosoziale Störungen in den Lebensbedingungen der Gesellschaft	–	–
Andere abnorme psychosoziale Umstände	1	0.4

Anmerkung: Die Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der Kinder (N = 255). Gesamtzahl der Nennungen = 585.

handlung bevorzugt bei massiveren bzw. prognostisch ungünstigeren Störungen in Anspruch genommen wird.

Zwischen der zitierten Klinikstichprobe und der hier untersuchten Heimstichprobe lassen sich auch im Hinblick auf belastende Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder Unterschiede erkennen. Belastungsfaktoren, die in der Kinderdorfstichprobe vergleichsweise stärker dominieren, umfassen sowohl ‚abnorme familiäre Verhältnisse‘, ‚psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern‘ als auch ‚unzureichende oder inkonsistente elterliche Kontrolle‘. Bei der Klinikstichprobe wurde dagegen besonders ‚übermäßig ausgeprägte oder abnorme familiäre Beziehungen‘ und ‚unzureichende Anregung im sozialen, sprachlichen und Wahrnehmungsbe-
reich‘ relativ häufiger genannt. Abgesehen von Kategorien, die in beiden Untersuchungen verhältnismäßig selten genannt wurden, ist eine bemerkenswert hohe Übereinstimmung nur im Hinblick auf die Kategorie ‚Disharmonie in der Familie‘ festzustellen.

Diese Vergleichsergebnisse lassen das Bemühen der Entscheidungsträger in der Jugendhilfe, die Wahl einer heilpädagogisch-psychotherapeutischen Heimbehandlung (unter anderem) auch von den gegebenen Lebens- und Entwicklungsumständen in der Umwelt des Kindes abhängig zu machen, zumindest der Tendenz nach als erfolgreich erscheinen. Diese Form der Behandlung wird anscheinend vor allem dann gewählt, wenn das Kind nicht in einer intakten Familie mit seinen leiblichen oder mit Adoptiveltern lebt, wenn bei einem anderen Mitglied der engeren Familie ebenfalls eine behandlungsbedürftige psychische Störung besteht und/oder wenn die elterliche Kontrolle und Aufsicht nicht ausreicht oder in inkonsistenter Weise ausgeübt wird. Näheren Aufschluß über die Bedeutung von Risikofaktoren in der aktuellen Lebenssituation des Kindes, besonders auch von Kombinationen bestimmter Risikofaktoren, sollen die geplanten weiteren Auswertungen der MAS-Daten liefern.

Die Intelligenzbezogenen Förderungs- und Therapie-voraussetzungen in der Heimklientel können, auch wenn man sich nicht auf die rein psychometrische Einschätzung verläßt, sondern dem kritischeren klinischen Gesamturteil folgt, als relativ günstig angesehen werden. Unterdurchschnittliche Intelligenz ist in der untersuchten Stichprobe zwar offensichtlich etwas stärker repräsentiert als überdurchschnittliche Intelligenz, aber eine (leichte) intellektuelle Behinderung ist nur in einem einzigen Fall anzunehmen. Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, daß die Aufnahme-richtlinien des Kinderdorfs intellektuelle Behinderung als Ausschlusskriterium definieren. Die beschriebene, annähernd normale Intelligenzverteilung muß daher in erster Linie als Ergebnis der speziellen Selektionsbedingungen des Heims angesehen werden. Allgemeine Rückschlüsse auf die Bedeutung, die der Intelligenz bei der Entwicklung von psychischen Störungen oder bei der Wahl der Behandlungsformen zukommt, lassen die Ergebnisse nicht zu.

Im Hinblick auf partielle Entwicklungsrückstände und leichte Hirnfunktionsstörungen sind Vergleiche mit an-

deren Untersuchungen nicht sehr aussagekräftig, weil beide Konzepte in der Forschungsliteratur nicht einheitlich definiert und vor allem auch nicht genügend gegeneinander abgegrenzt sind. Der Befund der vorliegenden Untersuchung, nach dem mindestens 40% der Kinder eine Teilleistungsschwäche in einem oder sogar in mehreren Entwicklungsbereichen aufweisen, signalisiert jedoch, auch für sich betrachtet, einen hohen Bedarf an spezifischer heil- und sonderpädagogischer Förderung in der Klientel des Heims. Im Gegensatz dazu ist die MCD-Diagnose weitgehend irrelevant für die Behandlungsplanung. Sie interessiert statt dessen vielmehr unter ätiologie- bzw. risikobezogener Fragestellung. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen hierzu die Annahme nahe, daß leichte Hirnfunktionsstörungen die Entwicklung von autistischen und von hyperkinetischen Syndromen begünstigen. Diese Annahme stellt allerdings vorerst nur eine vorsichtige Vermutung dar; zu ihrer Absicherung sind neben zufallskritischen Prüfungen vor allem noch weitere Datenauswertungen zur Kontrolle möglicher interferierender Störvariablen erforderlich.

Methodenkritisch sei abschließend angemerkt, daß das Multiaxiale Klassifikationsschema aufgrund von definitorischen Mängeln den Ansprüchen eines standardisierten, objektiven Diagnoseverfahrens nicht immer hinreichend gerecht wird. Trotz solcher Schwächen erscheint es insgesamt jedoch als nützliches, ökonomisches Schema, dessen Anwendung nicht allein auf den Klinikbereich beschränkt ist, sondern das auch geeignet ist, um Verhaltens- und Entwicklungsstörungen von Kindern in heilpädagogisch-psychotherapeutischen Heimen in differenzierter und behandlungsrelevanter Weise zu erfassen.

Summary

Developmental and Behavioral Problems of Children at the Onset of Psychotherapeutic Residential Care: First Results of a Multidimensional Diagnostic Classification

A longitudinal evaluation-study of the treatment effects of a psychotherapeutic child guidance center has been started with a systematic assessment of the psychic and behavioral disturbances, which children displayed at treatment onset. This diagnostic baseline investigation was carried out by use of the Multi-Axial Classification System for Psychiatric Diseases in Childhood and Youth (MAS). The results presented here are derived from a sample of 255 children, 74% of them male, aging about 6 to 13 years. According to the diagnostic analysis, the client population is mainly characterized by generally average intelligence, a remarkable high proportion of conduct disorders (nearly 50%) and frequent occurrence of specific learning disabilities (at least 40%). Regarding disadvantageous psychosocial circumstances before institutional care, it was found, that the most common disadvantages are broken home, psychic disturbances of other family members, and ineffective educational control. Further results let suspect, that minimal brain dysfunction

increases the risks of both autistic and hyperactive disorders.

Literatur

Bach, O. (1980): Über die Bedeutung familiärer Beziehungsstörungen für die Entstehung psychopathologischer Syndrome. In: Bach, O. & Scholz, M. (Hrsg.): Familientherapie und Familienforschung. Leipzig: Hirsel, S. 16–23. – Hebborn-Brass, U. & Rickert, W. (1987): Vergleichende Klientelbeschreibung eines heilpädagogisch-psychotherapeutischen Heimes für verhaltensauffällige Kinder. Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie, 15, 43–56. – Jungjohann, E. E. & Beck, S. (1984): Katamnestiche Ergebnisse von Patienten eines kinderpsychiatrischen Behandlungszentrums. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 34, 148–154. – Jungmann, J., Göbel, D. & Remschmidt, H. (1978): Erfahrungen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Basisdokumentation unter Berücksichtigung des multiaxialen Diagnoseschlüs-

sels. Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie 6, 56–75. – Klicpera, C. & Heyse, I. (1981): Der Einfluß einer leichten zerebralen Dysfunktion auf die Ausprägung und die langfristige Entwicklung von Verhaltensstörungen bei Kindern. Acta paedopsychiatrica, 47, 9–18. – Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Klicpera, C. (1977): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge. Bern: Huber. – Steinhausen, H. C. (1984) (Hrsg.): Risikokinder. Ergebnisse der Kinderpsychiatrie und -psychologie. Stuttgart: Kohlhammer. – Voll, R., Allehoff, W. H., Esser, G., Poustka, F. & Schmidt, M. H. (1982): Widrige familiäre und soziale Bedingungen und psychiatrische Auffälligkeit bei Achtjährigen. Z. Kinder- und Jugendpsychiatrie, 10, 100–109.

Anshr. d. Verf.: Dipl.-Psych. Antje Holländer, Dr. Ursula Hebborn-Brass, Forschungsabteilung, Kinderdorf „Die gute Hand“, Jahnstr. 31, 5067 Kürten-Biesfeld.